



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale - Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323 5411 0324 4911 fax: +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.it - www.aslvc.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 4 Legge 04.01.1968, n. 15 e art. 2 D.P.R. 20.10.1968 n. 403)

Il/La sottoscritto/a SENESTRAR MARCELLO
Nato/a a DOYODOSSOLA il 01-02-1963
e residente in DOYODOSSOLA (Prov.) VB
Via CARLO FORNARI n. 1P

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

DICHIARA

- di non avere altri rapporti di lavoro dipendente pubblico o privato né altro rapporto anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale

OVVERO

Di essere alle dipendenze di: ASL VCO OMEGNA CON LA
QUALIFICA COLLABORATORE PROF SANITARIO ESPERTO
INFETTIOLOGIA CAT DS FINO AL 30/9/2010

- Di avere i seguenti rapporti convenzionali con il S.S.N.:
.....
.....

Di non essere mai stato dispensato o destituito da impieghi presso pubbliche amministrazioni

SOLO PER DIRIGENZA

Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 58 del D.Lgs. 29/93, alla Legge 662/96 e all'art. 72 Legge 448/98

OVVERO

.....
.....

SOLO PER COMPARTO

SOLO PER COMPARTO

- Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 58 del D.Lgs. 29/93



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324 4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

OVVERO

Di non essere titolare di alcun tipo di pensione

OVVERO

Di essere titolare della seguente pensione:.....
.....

N.B. Barrare le voci che interessano e completare con le dichiarazioni richieste

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del D.P.R. 20.10.93 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/95 (tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il/La sottoscritto/a allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto.

Omegna 23/9/2010

IL DICHIARANTE

La suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza dal ~~RA~~ Sig. BENEDETTINO

MARCO

in data 23-9-2010

L'IMPIEGATO ADDETTO

S. Colicci